Prevalence of gastroesophageal reflux and its related factors in Sanandaj, 2014-2015

Reshadat R., Medical Student[1] , Fattahi N., Medical Student[2], Iri R., Medical Student[1], Saeidi B., Medical Student[1], Shahabbaspoor Z., Medical Student[1], Emami L., Medical Student[1], Zamani M., Medical Student[1], Sheikhesmaeili F., MD[3], Moradi Gh., MD[4], Sharifi K., MD[5]

1. Medical Student, Student Research Committee, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
2. Medical Student, Student Research Committee, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran (Corresponding Author), Tel:+98-87-33234854, dr_nima_f@yahoo.com
3. Assistant Proffessor, Liver and Digestive Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran (Corresponding Author), Tel: +87-33247855, dr_s_smaili@yahoo.com
4. Associate Professor, Social Determinant of Health Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
4. Assistant Professor, Radiology Department, Besat Hospital, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Gastroesophageal reflux disease (GERD) is one of the most common gastrointestinal diseases and its prevalence rate in various countries, including Iran has been on the rise. The aim of this study was to investigate the risk factors and prevalence rate of this disease in Sanandaj.

Materials and Methods: In this descriptive, analytical study, 430 people were selected via random cluster sampling. Data were collected by carrying out interviews with the participants from May 2014 to June 2015. Using a questionnaire, we recorded data about the demographic characteristics, symptoms of gastroesophageal reflux disease and risk factors for the disease. Then, we measured and recorded the participants' blood pressure, height, weight, and BMI. People who had experienced episodes of mild symptoms of heartburn for two days or more in a week or experienced moderate to severe symptoms for more than once in a week were regarded as cases of reflux. Data analysis was performed by using STATA-11 software.

Results: From 410 patients, 41% were male and 59% (241 persons) were female with the mean age of 37.75 years. The prevalence rate of gastroesophageal reflux in the study population was 30%. We found no statistically significant difference between the patients and healthy individuals in relation to the risk factors for gastroesophageal reflux.

Conclusion: Considering the high prevalence of GERD in Sanandaj, it is of great importance to provide necessary training about the risk factors, prevention, and appropriate treatment of the disease for the public.

Keywords: Gastroesophageal reflux, Prevalence, Sanandaj
Received: Feb 22, 2017 **Accepted:** Jun 17, 2017

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22102/22.4.36]

بررسی شیوع ریفلاکس معده و ریسک فاکتورهای موثر بر آن در شهرستان سنندج در سال ۱۳۹۳

رومینا رشادت[۱]، نیما فتاحی[۲]، رحمت الله ایری[۱]، بهزاد سعیدی[۱]، زهرا شاه عباس پور[۱]، لیدا امامی[۱]، میترا زمانی[۱]، فرشاد شیخ اسماعیلی[۳]، قباد مرادی[۴]، کریم شریفی[۵]

۱. دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۲. دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران، (مولف مسوول)، تلفن ثابت: ۳۳۲۳۴۸۵۴-۰۸۷، dr_nima_f@yahoo.com

۳. استادیار، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران (مولف مسوول)، تلفن ثابت:۳۳۲۴۷۸۵۵-۰۸۷، dr_s_smaili@yahoo.com

۴. دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۵. استادیار، گروه رادیولوژی، بیمارستان بعثت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

چکیده :

مقدمه : ریفلاکس معده به مری (GERD) یکی از شایع ترین بیماری های دستگاه گوارش می باشد که شیوع ان در بین جوامع مختلف از جمله ایران رو به افزایش است . هدف از این مطالعه بررسی شیوع و شناخت ریسک فاکتورهای این بیماری در شهر سنندج بود.

روش بررسی : در یک مطالعه توصیفی-تحلیلی روی ۴۳۰ نفر از ساکنین شهر سنندج که بر اساس روش نمونه گیری خوشه ای – تصادفی انتخاب شده بودند و از خرداد ماه ۱۳۹۳ تا تیر ماه ۱۳۹۴ به طول انجامید از طریق مصاحبه با شرکت کنندگان پرسشنامه ای مشتمل بر اطلاعات دموگرافیک ، وجود علایم ریفلاکس معده و ریسک فاکتورهای بیماری تکمیل و سپس فشار خون، قد و وزن و BMI افراد توسط پژوهشگران محاسبه و ثبت گردید . افرادی که دو روز یا بیشتر در طی هفته دچار علائم خفیف سوزش سر دل شده یا علایم متوسط تا شدید آن را بیش از یک روز در هفته تجربه نموده اند از لحاظ وجود ریفلاکس مثبت تلقی شدند. با استفاده از نرم افزار STATA-11 تجزیه و تحلیل داده ها انجام گردید .

نتایج: از ۴۱۰ فرد مورد بررسی قرار گرفته ۱۶۹ نفر مرد (۱۶%) و ۲۴۱ نفر زن (۵۹٪) با میانگین سنی ۳۷/۷۵ سال بودند. شیوع ریفلاکس معده در جامعه مورد مطالعه ۳۰% محاسبه شد . درمقایسه فاکتورهای خطر مربوط به ریفلاکس معده در بین افراد سالم و مبتلا ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد.

نتیجه گیری : با توجه به شیوع بالای GERD در این شهر، ارایه آموزش های لازم در زمینه عوامل ایجاد خطر به افراد ، پیشگیری و درمان مناسب آن از اهمیت ویژه ای برخوردار میباشد .

کلید واژه ها: ریفلاکس معده به مری ، شیوع ، شهر سنندج

وصول مقاله:۹۵/۱۲/۴ اصلاحیه نهایی:۹۶/۲/۳۱ پذیرش:۹۶/۳/۲۷

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22102/22.4.36]

مقدمه

بیماری ریفلاکس معده به مری (Gastro Esophageal Reflux Disease) (GERD)بیماری است که به‌علت برگشت (ریفلاکس) غیرطبیعی محتویات معده به‌داخل مری ایجاد می‌شود. علایم اصلی GERD شامل سوزش قفسه‌ی سینه و رگورژیتاسیون و علائم آتیپیک آن درد اپی گاستر، اختلال بلع، سرفه، گرفتگی صدا ، احساس بغض در گلو، آروغ زدن و درد قفسه سینه می باشند. عوارض آن به‌علت آسیب مخاطی ناشی از ریفلاکس ایجاد می‌شود و شامل ازوفاژیت، تنگی مری، مری بارت و آدنوکارسینوم مری است و حتی زمانی که بیمار فاقد علایم اصلی بیماری باشد نیز می‌توانند ایجاد شوند (۴ ۹). افتراق بین حالت نرمال و GERD نامشخص است زیرا بعضی از درجات ریفلاکس، فیزیولوژیک است. ریفلاکس فیزیولوژیک معمولاً پس از صرف غذا رخ داده ، کوتاه‌مدت و بدون علامت است و به‌ندرت در زمان خواب اتفاق می‌افتد. اما ریفلاکس پاتولوژیک با علایم یا آسیب مخاطی همراه بوده و اغلب شامل اپیزودهای شبانه است (۴و۲). وجود این علائم میتواند به کاهش شدید کیفیت زندگی منجر شود و با افرادی که از یک بیماری عروق کرونر رنج می برند قابل مقایسه است (۶و۵).

GERD بیماری شایع در جوامع غربی است که حداقل ۲۰- ۱۰٪ جمعیت عمومی علائم آنرا در طول یک هفته تجربه کرده اند (۳). تغییر در شیوه زندگی از جمله تغییرات غذایی، سیگارکشیدن و خواب بعد از غذا می توانند از علل افزایش ابتلا با این بیماری باشند (۸و۷). ارتباط معنی داری بین ریفلاکس معده و جنسیت دیده شده است (۹). با این حال به نظر می رسد علایم آن بیشتر در زنان وجود داشته اما ریفلاکس همراه با ازوفاژیت مانند ازوفاژیت اوروزیو، مری بارت اغلب در مردان اتفاق میافتد. دلیل این تفاوت ممکن است در نتیجه ثبت مرگ های مبتنی بر جمعیت در دو جنس باشد (۱۱و۱۰). در مطالعات طولی ثابت شده که نمایه توده بدنی (BMI) با هر دو نشانه ریفلاکس معده به مری و ازوفاژیت در ارتباط است (۱۲و۹) که میتواند یکی از علل شیوع GERD در جوامع غربی باشد. طی مطالعاتی شیوع GERD در آسیا نیز با افزایش BMI افراد بیشتر شده است (۱۳و۷) . در مطالعه ای که در تهران در سال ۱۳۸۴ انجام شد نشانه های ریفلاکس معده در حدود ۴۰٪ افراد و در افراد سیگاری دو برابر افرادی که سیگار مصرف نمی کردند مشاهده شد (۱۴). درمان دارویی استاندارد برای GERD مهار ترشح اسید معده است و علاوه بر آن تغییر شیوه زندگی نیز موثر است. GERD هزینه های زیادی را به بیمار و جامعه تحمیل می کند، برآورد شده که سالانه بیش از ۱۰ میلیون دلار در آمریکا صرف مراقبت و درمان از GERD می شود که مقدار قابل ملاحظه ای از آن صرف هزینه داروهای آنتی ریفلاکس می گردد (۱۵و۱۰). در این مطالعه شیوع GERD وعوامل مرتبط با آن در شهر سنندج مورد بررسی قرار گرفت.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی بود که در یک بازه زمانی یک ساله از خرداد ماه ۱۳۹۳ تا تیر ماه ۱۳۹۴ به طول انجامید. جمعیت هدف ساکنین شهر سنندج و افراد بالای ۲۰ سال بودند. با در نظرگرفتن احتمال شیوع ۲۵ درصدی GERD در جامعه (۱۶) و خطای براورد ۰/۰۵ حجم نمونه ۲۸۸ نفر برآورد شد و با توجه به روش نمونه گیری و به منظور اعمال نرخ ریزش این حجم به ۴۳۰ نفر افزایش یافت.

روش نمونه گیری روش خوشه ای – تصادفی بود، در این راستا طی هماهنگی با سازمان پست شهر سنندج به شکل

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22102/22.4.36]

تصادفی از ۴۰ نقطه شهر ۴۰ خوشه انتخاب و مقرر گردید از هر خوشه ۱۰ خانوار (نفر) مورد پرسشگری قرار گیرند. بعد از انتخاب سرخوشه بر اساس کدپستی به درب منازل مراجعه و چنانچه فرد واجد شرایط بود با آنها برای انجام مطالعه هماهنگی شد. چنانچه فرد راضی به شرکت در مطالعه نبود به فرد بعدی مراجعه می شد.

پرسشنامه ای مشتمل بر اطلاعات دموگرافیک ، سابقه بیماری زمینه ای (عروق کرونر ، دیابت ، فشارخون) ، سابقه مصرف سیگار و الکل و همچنین اطلاعاتی در زمینه وجود و یا عدم وجود علایم اصلی ریفلاکس معده (سوزش پشت جناغ سینه و برگشت محتویات معده) ، دفعات ، زمان پیدایش و شدت علایم تدوین و از طریق مصاحبه با شرکت کنندگان تکمیل گردید. سپس فشار خون، قد و وزن و BMI افراد توسط پژوهشگران محاسبه و ثبت شد . افرادی که دو روز یا بیشتر در طی هفته دچار علائم خفیف سوزش سر دل شده یا علایم متوسط تا شدید ان را در بیش از یک روز در هفته تجربه نموده اند از لحاظ وجود ریفلاکس مثبت تلقی شدند (۲) . چنانچه فرد از سوزش سردل آگاه بوده اما ان را به راحتی تحمل نموده علایم وی خفیف ، در صورت اختلال در فعالیت های روزانه از جمله خواب علایم متوسط و در صورت ایجاد ناتوانی در انجام فعالیتهای عادی از جمله خواب علایم شدید تلقی میشد (۱۷)

در این مطالعه هیچ گونه آسیبی متوجه شرکت کنندگان نبود. کلیه اطلاعات فردی محرمانه باقی ماند و مطالعه حاضر پس از اخذ مجوز های لازم از شورای پژوهشی و تایید معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان انجام شد.

پس از جمع آوری داده ها با استفاده از نرم افزار STATA-11 تجزیه و تحلیل انجام گردید . ویژگیهای عمومی افراد توسط آمار توصیفی بیان شد .جهت بررسی فاکتورهای خطر ریفلاکس معده از آنالیز چند متغیره رگرسیون لجستیک استفاده شد.

یافته ها

تعداد ۴۱۰ نفر حاضر به مشارکت در مطالعه شدند . از این تعداد ۱۶۹ نفر مرد (۴۱٪) و ۲۴۱ نفر زن (۵۹٪) با میانگین سنی ۳۷,۷۵ بودند. حداقل سن ۲۰ و حداکثر سن ۷۹ سال بود . نتایج این مطالعه نشان داد که ۱۱۹نفر (۲۹٪) BMI نرمال داشتند و سابقه مصرف سیگار و الکل در افراد مورد مطالعه به ترتیب ۱۱/۷٪ و ۲/۶٪ گزارش شد . درصد فراوانی ابتلا به فشارخون، دیابت و بیماری عروق کرونر در افراد تحت بررسی به ترتیب ۴۰٪، ۶/۶٪ و ۹/۸٪ بود (جدول ۱). در مطالعه حاضر ۳۶ درصد افراد سابقه سوزش سر دل و ۱۷ درصد برگشت اسید از معده را ذکر نمودند . در بین افراد مورد بررسی در مطالعه حاضر ۱۲۳ نفر (۳۰%) مبتلا به علایم GERD بودند که از نظر شدت علایم ۳۵ درصد خفیف ، ۲۸ درصد متوسط و۳۷ درصد علایم شدید داشتند .

در آنالیز چند متغیره رگرسیون لجستیک ارتباط آماری معنی داری از نظر فاکتورهای بررسی شده با ریفلاکس معده در بین افراد سالم و مبتلا به GERD مشاهده نشد (جدول ۲). با تعدیل اثر فاکتورهای دیگر ارتباط معنی داری بین ابتلا به GERD و دو گروه سنی ۴۰ - ۵۰ و ۴۰- ۳۰ سال مشاهده گردید به طوریکه خطر ابتلا به GERD در گروه سنی ۴۰ تا ۵۰ سال نسبت به گروه سنی پایینتر پس از کنترل اثر سایر فاکتورهای بررسی شده کاهش معنی داری نشان داد .

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22102/22.4.36]

جدول ۱- بررسی فراوانی ویژگیهای دموگرافیک و بالینی افراد مورد مطالعه

متغیر	تعداد (٪)	فاصله اطمینان
جنس		
مرد	۱۶۹ (۴۱)	(۰/۳۵ - ۰/۴۶)
زن	۲۴۱ (۵۹)	(۰/۵۳ - ۰/۶۴)
شغل		
کارمند	۳۳ (۸/۸)	(۰/۰۵ - ۰/۱۱)
بازنشسته	۳۱ (۳/۴)	(۰/۰۱ - ۰/۰۴)
ازاد	۱۰۸ (۲۶/۹)	(۰/۲۲ - ۰/۳۱)
بیکار -دانش اموز -سرباز	۳۱ (۱۳/۳)	(۰/۰۷ - ۰/۱۵)
خانه دار	۲۰۷ (۴۷/۶)	(۰/۴۲ - ۰/۵۳)
نمایه توده بدنی (BMI)		
کمتر از ۱۸	۲ (۱)	(۰/۰۱ - ۱/۲)
۲۵ - ۱۸	۱۱۹ (۳۵)	(۰/۲۹ - ۰/۴۱)
۳۰ - ۲۵	۱۵۴ (۳۵)	(۰/۳۲ - ۰/۴۳)
بیش از ۳۰	۱۱۳ (۲۶)	(۰/۲۱ - ۰/۳۰)
مصرف سیگار		
دارد	۴۸ (۱۱/۷)	(۰/۰۷ - ۰/۱۴)
ندارد	۳۶۲ (۸۸/۳)	(۰/۸۵ - ۰/۹۲)
مصرف الکل		
دارد	۱۱ (۲/۶)	(۰/۰۰۷ - ۰/۰۳)
ندارد	۳۹۹ (۹۷/۴)	(۰/۹۶ - ۰/۹۹)
فشارخون		
دارد	۲۰۳ (۴۰)	(۰/۳۴ - ۰/۴۵)
ندارد	۲۰۷ (۶۰)	(۰/۵۴ - ۰/۶۵)
دیابت		
دارد	۲۷ (۶/۶)	(۰/۰۲ - ۰/۰۶)
ندارد	۳۸۳ (۹۳/۴)	(۰/۹۳ - ۰/۹۷)
سابقه بیماری عروق کرونر		
دارد	۴۸ (۹/۸)	(۰/۰۶ - ۰/۱۲)
ندارد	۳۶۲ (۹۰/۲)	(۰/۸۶ - ۰/۹۳)
سندرم روده تحریک پذیر(IBS)		
دارد	۴۱ (۱۱)	(۰/۰۷ - ۰/۱۴)
ندارد	۳۶۹ (۸۹)	(۰/۸۵ - ۰/۹۲)
ریفلاکس معده		
دارد	۱۲۳ (۳۰/۱)	(۰/۲۵ - ۰/۳۵)

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22102/22.4.36]

ندارد	۲۸۷ (۶۹/۸)		(۰/۶۴ - ۰/۷۴)
جمع	۴۱۰		

جدول شماره ۲ – بررسی ریسک فاکتورهای ریفلاکس معده در افراد سالم و مبتلا به GERD

متغیر	افراد نرمال تعداد(%)	افراد مبتلا به GERD تعداد(٪)	OR خام (CI)	OR تطبیق شده (CI)
گروه سنی				
۳۰ -۲۰	۵۰ (۶۴/۳)	۲۷ (۳۵/۶)	-	-
۴۰ -۳۰	۶۲ (۷۲/۳)	۲۳ (۲۷/۷)	۰/۶۸(۰/۳۵ - ۱/۳۴)	۰/۵۹ (۰/۲۸ - ۱/۲۲)
۵۰ -۴۰	۷۱ (۷۴/۷)	۲۴ (۲۵/۳)	۰/۶۰ (۰/۳۱ - ۱/۱۷)	۰/۴۵ (۰/۲۰ - ۰/۹۸)
۶۰ -۵۰	۶۶ (۷۴/۹)	۲۴ (۲۶/۱)	۰/۶۰(۰/۳۰ - ۱/۱۸)	۰/۴۹ (۰/۲۲ - ۱/۰۹)
۸۰ -۶۰	۳۷ (۶۰/۶)	۲۴ (۳۹/۳)	۱/۱۶(۰/۵۸ - ۲/۳۴)	۱/۱۱(۰/۴۵ - ۲/۶۸)
جنس				
زن	۱۷۱ (۷۳)	۷۰ (۲۷)	-	-
مرد	۱۱۶ (۶۵/۲)	۵۳ (۳۴/۷)	۱/۴۳(۰/۸۸ - ۲/۳۴)	۱/۲۰ (۰/۶۴ - ۲/۲۲)
نمایه توده بدنی(BMI)				
کمتر از ۲۵	۸۷ (۶۹)	۳۴ (۳۱)	-	-
۳۰ -۲۵	۱۱۰ (۷۳/۵)	۴۴ (۲۶/۵)	۰/۷۹ (۰/۴۳ - ۱/۴۳)	۰/۹۶ (۰/۵۰ - ۱/۸۲)
بیش از ۳۰	۷۹ (۶۸)	۳۴ (۳۲)	۱/۰۱ (۰/۵۳ - ۱/۹۳)	۱/۵۴(۰/۷۳ - ۳/۲۷)
سابقه مصرف سیگار				
ندارد	۲۵۹ (۷۲/۳)	۱۰۲ (۲۷/۶)	-	-
دارد	۲۸ (۵۰/۳)	۲۱ (۴۹/۷)	۲/۵۸ (۱/۳۰ - ۵/۱۱)	۱/۷۳(۰/۷۶ - ۳/۹۲)
سابقه مصرف الکل				
ندارد	۲۸۱ (۷۰/۳)	۱۱۸ (۲۹/۷)	-	-
دارد	۶ (۴۵/۸)	۵ (۵۴/۲)	۲/۸۰ (۰/۷۵ - ۱۰/۴۳)	۳/۲۹ (۰/۶۹ - ۱۵/۶۶)
دیابت				
ندارد	۲۶۵ (۶۹/۳)	۱۱۷ (۳۰/۷)	-	-

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22102/22.4.36]

دارد	۲۲ (۸۴/۸)	۵ (۱۵/۲)	۰/۴۰ (۰/۱۳ - ۱/۱۸)	۰/۴۳ (۰/۱۳ - ۱/۳۵)
فشارخون				
ندارد	۱۴۷ (۷۰)	۶۰ (۳۰)	-	-
دارد	۱۴۰ (۶۹)	۶۳ (۳۱)	۱/۰۱ (۰/۶۳ - ۱/۶۴)	۰/۹۵(۰/۵۳ - ۱/۷۱)
سوزش پشت جناغ سینه				
ندارد	۲۶۲ (۱۰۰)	-	-	-
دارد	۲۵ (۱۶)	۱۲۳ (۸۴)	-	-

بحث

GERD یک اختلال شایع میباشد که نه تنها کیفیت زندگی افراد را تحت تاثیر گذاشته بلکه منجر به عوارضی چون التهاب و تنگی مری و سرطان مری میگردد. بنابراین آگاهی از شیوع این بیماری در جامعه و عوامل ایجاد کننده آن، ما را در جهت شناخت درمان مناسب و شیوه های پیشگیری از آن یاری می نماید.

شیوع GERD در مطالعه حاضر ۳۰٪ برآورد شد و سوزش سردل در افراد بیشترین نشانه بالینی بود. در مطالعات دیگری که درایران به منظور بررسی شیوع ریفلاکس انجام شده نتایج زیر بدست امده : در مطالعه احسانی(۲۰۰۶) در تهران ۳۹,۷٪ افراد سابقه سوزش سردل و بازگشت اسید معده (۱۴) ، مطالعه ی قنایی و همکاران(۲۰۱۳) در شمال ایران شیوع GERD به صورت روزانه ۲/۴٪، هفتگی ۹/۱٪ و در ماه ۱/۸% (۱۸) و مطالعه ی حسینی اصل(۲۰۰۴) شیوع ریفلاکس با معیار سوزش سر دل یا ترش کردن حداقل ماهی یکبار در سال گذشته در بین افراد، ۲۵/۵٪ گزارش شد (۱۹) . همچنین در مطالعه مرور سیستماتیک بر روی شیوع ریفلاکس معده در ایران که توسط دلاوری و همکاران (۲۰۱۲) انجام شده بود نتایج نشان داد که شیوع GERD بصورت ماهانه در دو مطالعه متفاوت در تهران در سال ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵به ترتیب ۸/۴% و ۸/۷% ، و در دو مطالعه دیگر در تبریز ۳% و ۴% و در اصفهان و شهرکرد نیز ۱/۵% و ۵/۵% بود (۱۶). در بررسی مطالعات مشابه در سایر کشورها نشان داده شد که علامت سوزش سردل در دو مطالعه در آمریکا ۷/۸% و ۷/۴% ، در فنلاند (۲۰۰۰) علامت سوزش سردل ۱۵%و در چین ۳/۱%میباشد (۲۰) .

علت تفاوت در شیوع GERD در مطالعات مختلف می تواند ناشی از تفاوت در تعریف ها، ارزیابی علایم با معیارهای متفاوت ، اعتبار پرسشنامه ، متفاوت بودن روش انجام مطالعات از جمله مطالعات مبتنی برجمعیت و یا مقطعی انجام شدن آنها و حجم نمونه های متفاوت باشد.

در مطالعه حاضر میانگین سنی افراد ۳۷/۷۵ سال بود و در گروه سنی ۸۰- ۶۰ سال شیوع GERD در مقایسه با سایر گروههای سنی بالاتر بود هر چند به لحاظ آماری این اختلاف معنی دار نبود . درمطالعه Schwenkglenks و همکاران (۲۰۰۴) شیوع GERD در افراد گروه سنی ۷۰- ۶۰ سال بیشتر بود (۲۱) که با مطالعه ما همخوانی دارد .

در مطالعه حاضر فراوانی ابتلا به GERD در مردان (۳۴/۷%) بیشتر از زنان (۲۷%) بود هر چند این اختلاف معنی دار نبود. در مطالعه دلاوری و همکاران (۲۰۱۵) بروز سالانه GERD برای مردان و زنان به ترتیب ۱۷,۷۲ و ۲۸/۰۶ به

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22102/22.4.36]

ازای هر ۱۰۰۰ نفر بود (۲۲) اما درمطالعاتی دیگر شیوع ریفلاکس در مردان بیش از زنان مشاهده شد (۲۳و۱۹). دلیل تفاوت شیوع بیشتر ریفلاکس در سایر مطالعات در مردان نسبت به زنان ممکن است سابقه مصرف سیگار و الکل باشدکه یک عامل خطر مهم در ارتباط با ریفلاکس است.

در مطالعه ما هرچند که با افزایش نمایه توده بدنی در افراد موارد بیشتری از ریفلاکس مشاهده شده بود ولی این ارتباط از نظر آماری معنی دار نبود درحالیکه درمطالعات مختلف بین چاقی و GERD ارتباط آماری معنی داری دیده می شود (۱۳و۷) و همچنین در مطالعه حسینی اصل و همکاران (۲۰۰۴) ارتباط معنی دار قوی بین BMI و ریفلاکس (P=۰/۰۰۶) مشاهده شد (۱۹). در مطالعه اسلامی و همکاران نیز بین GERD و BMI در زنان ارتباط آماری مشاهده شد (۲۴) ولی در مطالعه Legergren و همکاران در افرادی که BMI بیش از ۲۵ داشتند نسبت به افراد دارای BMI کمتر تفاوت معنی دار آماری از نظر ابتلا به ریفلاکس مشاهده نشد (۲۵).

در مطالعه احسانی و همکاران ارتباط معنی داری بین مصرف سیگار و شیوع GERD (P=۰/۰۰۱) دیده شد (۱۴). در مطالعه حسینی اصل و همکاران مصرف سیگار در افراد مبتلا به GERD ۵۶% و در مطالعه اسلامی و همکاران شیوع GERD در افرادی که سیگار و مواد مخدر مصرف می کردند به ترتیب ۳۴٪ و ۵۶٪ بود (۲۴و۱۹). در مطالعه Jensen و همکاران در افرادی که در هفته حداقل یکبار داروهای آنتی اسید مصرف می کردند و کاهش مصرف سیگار را داشتند علائم بهبود ریفلاکس دیده شد که این بهبود در افرادی که BMI نرمالی داشتند بیشتر بود (۲۶). در مطالعه حاضر شانس ابتلا به GERD در بین افراد مصرف کننده سیگار و الکل بیشتر بود هرچند این ارتباط معنی دار نبود . بیماریهای زمینه ای از جمله دیابت و فشارخون در مطالعه حاضر ارتباط معنی دار آماری را با ریفلاکس معده نشان ندادند.

نتیجه گیری

با توجه به شیوع بالای GERD در شهر سنندج، ارایه آموزش های لازم در زمینه عوامل ایجاد خطر به افراد ، پیشگیری و درمان مناسب آن از اهمیت ویژه ای برخوردار میباشد .

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کادر محترم مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان خانم روژین مهربانی و شعله مهر پرور و همچنین جناب آقای هوشیار غفوری کارشناس محترم مرکز تحقیقات گوارش و کبد کردستان نهایت تشکر و قدردانی خود را اعلام کرده و برای ایشان آرزوی سلامت و موفقیت داریم.

References

1. Dent J, Armstrong D, Delaney B,Moayyedi P, Talley NJ, Vakil N. Symptom evaluation in reflux disease: workshop background, processes, terminology, recommendations, and discussion outputs. Gut 2004;53:1-24.

2. Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidencebased consensus. Am J Gastroenterol 2006; 101:1900-20.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22102/22.4.36]

3. Dent J, El Serag HB, Wallander MA, Johansson S. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systemaic review. Gut 2005; 54:710-17.
4. Klauser AG, Schindlbeck NE, Muller-Lissner SA. Symptoms in gastro-oesophageal reflux disease. Lancet 1990; 335:205-208.
5. Irvine EJ. Quality of life assessment in gastrooesophageal reflux disease. Gut 2004; 53:35-9.
6. KuligM, Leodolter A, ViethM, Schulte E, Jaspersen D, Labenz J et al. Quality of life in relation to symptoms in pa:ents with gastro-oesophageal reflux disease-- an analysis based on the ProGERD initiative. Aliment Pharmacol Ther 2003; 18:767-76.
7. Goh KL. Changing epidemiology ofgastroesophageal reflux disease in the Asian-Pacific region: an overview. J Gastroenterol Hepatol 2004; 19: 22-5.
8. Wilson LJ, Ma W, Hirschowitz BI. Association of obesity with hiatal hernia and esophagitis. Am J Gastroenterol 1999; 94:2840-44.
9. Ruhl CE, Everhart JE. Overweight, but not high dietary fat intake, increases risk of gastroesophageal reflux disease hospitalization: the NHANES I Epidemiologic Followup Study. First National Health and Nutrition Examination Survey. Ann Epidemiol 1999; 9:424-35.
10. Sandler R, James E, Everhart M. The burden of selected digestive diseases in the United States. Gastroenterology 2002; 122: 1500-11.
11. van der Linden MW, Westert GP, de Bakker DH, Schellevis FG. Tweede Na:onale Studie naar ziekten en verrich:ngen in de huisartsprak:jk. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartsprak:jk. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
12. Nilsson M, Johnsen R, YeW, Hveem K, Lagergren J. Obesity and estrogen as risk factors for gastroesophageal reflux symptoms. JAMA 2003; 290:66-72.
13. Tee ES. Obesity in Asia: prevalence and issues in assessmentmethodologies. Asia Pac J Clin Nutr 2002; 11: 694-701.
14. Ehsani M, Maleki I, Mohammadzadeh F. Epidemiology of gastroesophageal reflux disease in Tehran, Iran. J Gastroenterol Hepatol 2007; 22:1419-22.
15. van Pinxteren B, Numans ME, Lau J, de Wit NJ,Hungin AP, Bonis PA. Short term treatment of gastroesophageal reflux disease. J Gen Intern Med 2003; 18:755-63.
16. Delavari A, Moradi Gh, Birjandi F, Elahi E. The Prevalence of Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) in the Islamic Republic of Iran: A Systematic Review. Middle East J Dig Dis 2012;4:5-15
17. P Bytzer. Assessment of reflux symptom severity: methodological options and their attributes. Gut 2004; 53: iv28–iv34.
18. Mansour-Ghanaei F, Joukar F, Atshani SM, Chagharvand S, Souti F.The epidemiology of gastroesophageal reflux disease: a survey on the prevalence and the associated factors in a random sample of the general population in the Northern part of Iran. Int J Mol Epidemiol Genet 2013; 4:175-82.
19 . hosine asl S, amra B. Respiratory symptoms and gastroesophageal reflux in adult population of more than 20 years old in Shahrekord. J Shahrekord Univ Med Sci 2004; 6:58-62.
20 . Dent J, El-Serag HB, Wallander MA, Johansson S. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. Gut 2005;54:710-7.
21 . Schwenkglenks M, Marbet UA, Szucs TD. Epidemiology and costs of gastroesophageal reflux disease in Switzerland: a population-based study. Soz Praventivmed 2004;49:51-61.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22102/22.4.36]

22. Delavari A, Moradi G, Elahi E, Moradi-Lakeh M. Gastroesophageal Reflux Disease Burden in Iran. Arch Iran Med 2015;18:85-8.
23. Pourhoseingholi A, Pourhoseingholi M, Moghimi-Dehkordi B, Barzegar F, Safaee A, Vahedi M and et al. Epidemiological features of gastro-esophageal reflux disease in Iran based on general population. Gastroenterol Hepatol Bed Bench 2012; 5: 54–9.
24. Islami, F, Nasseri-Moghaddam S, Pourshams A, Poustchi H, Semnani S, Kamangar F, et al. Determinants of Gastroesophageal Reflux Disease, Including Hookah Smoking and Opium Use–A Cross-Sectional Analysis of 50,000 Individuals. PLoS One 2014; 9: 89256.
25. Lagergren J, Mattsson F, Nyrén O. Gastroesophageal reflux does not alter effects of body mass index on risk of esophageal adenocarcinoma. Clin Gastroenterol Hepatol 2014;12:45-51.
26. Ness-Jensen E, Lindam A, Lagergren J, Hveem K. Tobacco smoking cessation and improved gastroesophageal reflux: a prospective population-based cohort study: the HUNT study. Am J Gastroenterol 2014;109:171-7.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22102/22.4.36]